



## AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

DEPARTAMENTO DE SALUD DE DAKOTA  
DEL NORTE SISTEMAS DE SALUD Y COMUNITARIOS  
SFN 54044 (11-2020)

Autorizo a mi(s) prestador(es) de atención médica y a *Women's Way* a divulgar información sobre mis exámenes de mamas, mamografías, exámenes pélvicos, pruebas de Papanicolaou, y cualquier otra atención relacionada cubierta por el programa, al Departamento de Salud de Dakota del Norte y al Programa Nacional de Detección Temprana de Cáncer de Mamas y Cuello Uterino, administrado por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). El propósito de la divulgación es medir la incidencia de cánceres de mama y de cuello uterino y las tasas de cáncer entre las mujeres. Como parte de mi participación en *Women's Way*, acepto divulgar mi número de seguro social para que la información sobre mi persona se mantenga con precisión, incluso si, por ejemplo, otro cliente tiene el mismo nombre que yo. Una ley federal publicada en la sección 42 de Código de los Estados Unidos 405(c)(2)(C)(i) permite que *Women's Way* exija y use mi número de seguro social para la identificación de sus clientes. Esta información y cualquier información que proporcione permanecerá confidencial. La información puede ser utilizada por *Women's Way* para la gestión de datos y la investigación para cumplir con los propósitos del Programa *Women's Way*. Los informes y estudios publicados que resulten de *Women's Way* no me identificarán por nombre o número de seguro social.

Entiendo que *Women's Way* puede ocasionalmente enviarme información sobre reinscripción, recordatorios sobre pruebas de detección, eventos de detección u otros programas de salud pública. Entiendo que la información divulgada bajo esta autorización puede ser divulgada por *Women's Way* y puede que ya no esté protegida por la ley federal o estatal. Si se divulga mi información, se eliminará toda la información directamente identificable, como mi nombre, dirección, número de teléfono y número de seguro social.

Entiendo que mi participación en *Women's Way* es voluntaria y que puedo retirarme del programa y cancelar mi autorización enviando un aviso por escrito a la oficina de *Women's Way* donde estoy actualmente inscrita. Entiendo que esta autorización es válida mientras participe en el programa *Women's Way*.

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)
Firma	Fecha